

Michel

1900.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 63

DES

FAUX-URINAIRES

COPROSTASIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Juin 1908

PAR

Paul MICHEL

Né à Arles, le 22 septembre 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*)
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique	TRUC (*)
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE (*), <i>président</i> .		MM. JEANBRAU, <i>agrégé</i> .
ESTOR, <i>professeur</i> .		SOUBEYRAN, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

CASIMIR MICHEL

DOCTEUR EN MÉDECINE

ALPHONSE DARLHAC DE BORNE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE

*Sa vie a été un long sacrifice, puisse-je lui
donner longtemps encore les preuves de mon
profond amour et de ma reconnaissance.*

A MON PÈRE PAUL MICHEL

INGÉNIEUR DES ARTS ET MANUFACTURES

*Faible témoignage de ma gratitude et de
ma très grande affection.*

A MES SŒURS

A MES TANTES

*Modeste gage de ma reconnaissance et de
mon affection.*

P. MICHEL.

A TOUS LES MIENS

A CEUX QUI M'AIMENT

A MON COUSIN

LE DOCTEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

PROFESSEUR-AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL BEAUJON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A TOUS MES MAÎTRES
DES HÔPITAUX ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. ESCAT

CHARGÉ DE COURS A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

P. MICHEL.

AVANT-PROPOS

Avant de quitter nos maîtres de l'Ecole de Médecine et des Hôpitaux de Marseille, qui nous ont prodigué leur enseignement et leurs conseils, nous tenons à leur exprimer le témoignage de notre reconnaissance.

Nous avons eu l'honneur d'être externe ou interne de MM. les docteurs Louge, Pluyette, Villeneuve, Michel, Arnaud François, Delanglade, Boinet, Schnell, Brun, Bidon, et nous les remercions non seulement de l'enseignement qu'ils nous ont donné, mais encore des marques d'amitié et d'estime qu'ils nous ont souvent témoignées.

M. le Professeur Boinet nous a fait comprendre et aimer la clinique. C'est ainsi que, pendant une année trop courte passée sous ses ordres, nous avons pu nous faire un bagage médical solide. M. le Professeur Escat s'est acquis envers nous d'innombrables titres à notre dévouement ; qu'il en soit assuré. C'est à lui que nous devons l'idée du sujet qui fait l'objet de notre thèse inaugurale ; il nous a prodigué à cette occasion ses excellents conseils avec une bienveillance et une sollicitude que nous n'oublierons jamais. Qu'il nous soit permis d'unir dans une même pensée ces deux professeurs à l'Ecole de Médecine : ils furent non seulement nos maîtres, mais aussi bien souvent les conseillers de notre jeunesse inexpérimentée et le

soutien de nos premiers pas ; qu'ils reçoivent ici l'éclatant hommage de notre gratitude.

MM. les docteurs Queirel, Perrin, Escat, Fournier, Acquaviva, Alezais, Cousin, furent nos excellents maîtres.

M. le docteur Piéri, chirurgien des Hôpitaux de Marseille, et M. le docteur Rouslacroix, chef de clinique médicale à l'Ecole de Médecine, dont la sollicitude ne nous fit jamais défaut, nous prodiguèrent leur enseignement avec un inlassable dévouement ; qu'ils veuillent bien agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

M. le Professeur Forgue nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il daigne recevoir l'hommage de notre respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FAUX-URINAIRES
COPROSTASIQUES

INTRODUCTION

Sous le nom de « Faux-urinaires », on entend, depuis les leçons de Guyon qui a synthétisé ce type clinique, les malades atteints d'une affection urinaire qui a pour point de départ une autre maladie extra-urinaire.

Cette distinction présente un intérêt clinique de premier ordre, car si on soignait chez ces malades seulement les troubles urinaires, on ferait fausse route et le diagnostic capital resterait dans l'ombre.

Nous citerons les faux-urinaires névropathiques, les faux-urinaires glycosuriques de Bazy, etc. La catégorie de malades que nous étudions aujourd'hui forment à leur tour un type clinique sous le nom de « Faux-urinaires coprostasiques », c'est-à-dire des malades chez qui les troubles urinaires sont essentiellement dus à la coprostase.

Une série de cas observés à la clinique des voies urinaires de l'Ecole de Médecine de Marseille, des publications

récentes et quelques faits épars dans la littérature médicale ancienne, nous paraissent suffisants pour légitimer une étude d'ensemble.

Nous laisserons de côté l'étude de la coprostase dans l'iléon, quoiqu'elle ait peut-être un rôle important dans les infections urinaires, surtout chez la femme grâce à l'existence du cul-de-sac vésico-utérin.

Nous nous limiterons à la dernière portion du tube digestif : le côlon descendant et le rectum ; nous étudierons cette recto-colite à un point de vue spécial, et le titre que nous avons choisi « Les Faux-urinaires coprostasiques », délimite à lui seul le champ de nos investigations.

Dans un premier chapitre, nous ferons l'Histoire de la question.

Dans un second, nous étudierons les rapports généraux de la coprostase et des troubles urinaires ; nous verrons comment la coprostase peut agir sur l'appareil urinaire et troubler profondément ses fonctions. Nous nous demanderons s'il y a des prédisposés à ces accidents. Nous nous occuperons du malade coprostasique qui devient de ce fait un véritable urinaire secondairement sous l'influence de son affection de voisinage. Nous envisagerons aussi certains cas où les maladies des voies urinaires deviennent cause de coprostase et, de ce fait, sont aggravées ou retardées dans leur guérison.

La troisième partie sera consacrée à l'étude clinique des troubles urinaires consécutifs à la coprostase, et nous verrons qu'ils sont nombreux, que ce soient des troubles mécaniques ou des troubles indirects. Les observations que nous avons recueillies apparaîtront dans la discussion comme exemple et comme preuve, et nous essayerons

de dégager quelques types cliniques de « Faux-urinaires coprostatiques ».

Nous réserverons une place à l'étude du diagnostic et du pronostic.

Après avoir discuté les divers traitements, nous exposerons nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Dans les recherches que nous avons faites, après avoir consulté les manuels, les traités, les dictionnaires médicaux contemporains, nous n'avons vu nulle part la coprostase mentionnée comme pouvant amener des troubles urinaires. Sans doute, la constipation n'était point oubliée au point de rester complètement dans l'ombre ; mais elle était seulement effleurée et n'était pas envisagée au point de devenir une cause nettement décrite.

C'est ainsi que dans le dictionnaire de Jaccoud, nous relevons simplement cette phrase :

« La dysurie, le catarrhe vésical, la spermatorrhée sont parfois des accidents de la constipation. Il suffit de faire disparaître celle-ci pour voir ces phénomènes morbides disparaître. »

Dans le dictionnaire Dechambre, la question n'est pas plus longuement traitée :

« On observe la cystite du col avec dysurie ; certaines leucorrhées chez la femme semblent être provoquées et entretenues par un état de constipation habituelle. Constater l'existence de la constipation est généralement facile. »

Le professeur Guyon, dans ses Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, n'en parle pas davantage ; cependant, il nous prévient que la constipation est la règle chez les urinaires dyspeptiques et il dit avoir souvent constaté une amélioration lorsque l'intestin du malade a régularisé ses fonctions, et même, sous cette influence, les mictions devenir moins fréquentes et moins douloureuses. Malheureusement, ces malades sont graves et, arrivés à la dernière période, ils ont une constipation opiniâtre, ou bien une diarrhée profuse, rebelle à tout traitement et qui les emporte.

Dans une autre leçon, il nous met en garde contre la constipation chez les hématuriques, comme étant une cause de congestion à éviter.

Il nous a fallu arriver aux travaux récents de Hirtz et Beaufumé, de Triboulet, pour avoir des documents se rapportant directement à notre sujet.

En 1907, Hirtz et Beaufumé faisaient paraître, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un article intitulé : « La rétention d'urine par coprostase ». Ils annonçaient que cette dernière pouvait seule être en cause.

Quelque temps après, Triboulet, dans *La Clinique*, attirait l'attention sur certaines formes de rétention fécale, puis, en 1908, sous le titre de « Atonie intestinale et désordres urinaires chez certains sujets âgés », il envisageait également la coprostase comme pouvant être cause de rétention d'urine. Puis, en terminant, il concluait en disant que les deux affections pouvaient s'influencer l'une l'autre : d'une part, l'atonie intestinale produisant des rétentions vésicales, d'autre part, influence possible des désordres urinaires sur les fonctions intestinales.

Les observations si intéressantes que le docteur J. Es-

cat avait pu recueillir à la clinique des voies urinaires de l'Ecole de Médecine de Marseille, nous avaient inspiré notre sujet et notre plan. Nous nous associons pleinement à l'idée du docteur Triboulet, et nous serons heureux si nous faisons œuvre utile.

CHAPITRE II

RAPPORTS GÉNÉRAUX DE LA COPROSTASE ET DES TROUBLES URINAIRES

En parlant des « Faux-urinaires coprostasiques », nous entendons les malades atteints d'une affection urinaire consécutive à la coprostase.

Le malade peut être un constipé depuis longtemps, n'ayant pas eu de selle depuis plus ou moins de jours, ou bien présentant toutes les alternatives de la coprostase : évacuations insuffisantes, défécation par regorgement, ou bien encore ayant toute l'allure d'un diarrhéique et ayant en réalité un bloc fécal ancien et durci, qui irrite la muqueuse intestinale et donne une sécrétion abondante.

Chez ces malades, hommes ou femmes, les troubles urinaires peuvent survenir à la suite d'une constipation chronique, et cela sans aucune lésion organique concomitante manifeste ou latente. L'accumulation énorme de matières durcies dans le rectum agit alors par simple compression sur les parois de l'urèthre et du col de la vessie, comme le fait un corps étranger ou un tamponnement.

Les matières fécales peuvent agir aussi comme milieu septique et donner des crises de bactériurie, dont le mécanisme ne nous est pas très bien connu, mais dont l'existence est incontestable.

Tous ces malades ont un intestin bourré de matières, surtout le côlon et le rectum. Cette masse, véritable

tumeur, a pour voisins tous les organes du petit bassin. Chez l'homme, la vessie est immédiatement en contact avec le boudin rectal ; le col vésical est là sans protection, exposé à toutes les pressions, les irritations et congestions de voisinage ; la prostate fait une saillie qui s'ajoute comme compression et peut, comme glande, devenir un organe malade à son tour.

Chez la femme, le col vésical est mieux protégé : entre lui et le rectum nous trouvons le vagin et l'utérus. L'utérus en position normale est indifférent ou s'ajoute à l'action du vagin ; s'il est en rétroflexion, il agit pour comprimer le col de la vessie dans le cas de constipation prolongée.

La femme, n'ayant pas de prostate, se voit par ce seul fait supprimer tous les inconvénients que peut avoir pour l'urèthre masculin la présence de cette glande. Cependant, bien que la femme ait une vessie plus tolérante que celle de l'homme à tous les points de vue, elle n'est point à l'abri des accidents consécutifs à la coprostase.

Comme nous le voyons, l'homme sera plus prédisposé que la femme aux troubles coprostatiques ; ce sont pour ainsi dire des prédispositions anatomiques.

Du fait qu'ils ont passé soixante ans, les hommes sont des prédisposés ; ils sont tous, en effet, plus ou moins candidats au prostatisme, la circulation veineuse est moins active et, par suite, la congestion plus facile, congestion qui, à elle seule, est suffisante pour produire bien des accidents.

Quant aux femmes, qui ont si facilement de la pyélonéphrite pendant la grossesse sous l'influence très probable de la compression des uretères, elles doivent également trouver dans la coprostase une cause prédisposante d'infection du rein. Nous savons que la femme est

plus prédisposée que l'homme à la constipation, qu'elle présente souvent des pyélo-néphrites de cause inconnue et qu'on peut expliquer ainsi. Chez les femmes enceintes, la grossesse vient s'ajouter à la coprostase pour favoriser les accidents.

Et maintenant, nous dirons que si la coprostase peut être seule en cause, elle peut encore se surajouter chez un urinaire dont les lésions se comportent bien, amener des troubles profonds, soit en provoquant une crise aiguë de l'affection, soit en venant rendre impossible le traitement ou le faisant modifier à tort par les symptômes qui s'ajoutent ou ne se modifient pas.

Ce sera, par exemple, un prostatique avec un résidu insignifiant, se sondant régulièrement et faisant ses lavages, qui brusquement présentera de l'impossibilité du cathétérisme, fera de la rétention complète ou des phénomènes d'infection locale ou générale.

Ou bien encore, ce sera une hyperthermie que rien n'expliquera et que la constipation sera seule à avoir produite. Nous connaissons ce fait pour l'avoir observé souvent chez les opérés. N'oublions pas que les urinaires peuvent avoir de la fièvre, qu'elle peut très bien ne pas être mise sur le compte de leur lésion et que bien souvent la coprostase est le point de départ de ces accidents. Il sera, dès lors, facile de guérir et de prévenir.

Il est des cas plus graves d'atonie intestinale pouvant entraîner de véritables phénomènes d'occlusion et l'on cite des cas où le corps étranger rectal a été suffisant par son action irritante pour provoquer l'inflammation de la paroi intestinale, allant jusqu'à la perforation et la péritonite comme conséquence.

Ce sont des cas extrêmes et l'on aura peu souvent l'occasion de les observer ; cependant, il est bon d'y penser pour veiller davantage.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE DES TROUBLES URINAIRES CONSÉCUTIFS A LA COPROSTASE.

Après avoir étudié les rapports généraux de la coprostase et des troubles urinaires, nous étudierons en les passant en revue les troubles urinaires principaux pouvant résulter de la coprostase.

Nous essayerons ensuite de dégager quelques types cliniques parmi les faux-urinaires coprostatiques.

I. — TROUBLES MÉCANIQUES DE LA MICTION.

A. — 1° *Fréquence des mictions.*

Le malade peut présenter de la fréquence des mictions, fréquence qui peut être diurne ou nocturne. Elle sera continue ou intermittente, en relation avec la position debout ou couchée du malade. Mais dans bien des cas, ce sera le bol fécal lui-même qui agira directement. Celui-ci pourra se déplacer ou changer de forme et, de ce fait, son action ne sera plus la même. Sous l'influence d'un purgatif, par exemple, les matières stercorales retenues au dessus de l'ampoule opéreront un mouvement de descente et, s'en-

gageant plus avant dans le petit bassin, comprimeront davantage le col vésical.

Un simple changement de forme dans le bloc fécal peut avoir ce résultat : par la simple dessiccation à la suite d'une constipation prolongée, par une évacuation incomplète, par l'addition de nouvelles selles, la masse intestinale peut se modifier, présenter des bosselures qui agissent comme de véritables corps étrangers nouveaux.

Nous avons pu constater ce fait chez le malade qui fait l'objet de notre observation I^{re} (personnelle), et chez qui les troubles urinaires sont survenus brusquement à la suite d'un purgatif resté sans effet apparent sur l'intestin. La prostate était, d'ailleurs, très petite et scléreuse, mais en revanche le rectum était occupé par un énorme bouchon fécal.

Les malades de nos observations III et V présentèrent de la fréquence des mictions, qui disparut avec la guérison de la constipation.

2° *Miction impérieuse.*

Mais la miction fréquente peut devenir impérieuse, c'est un degré de plus : le malade a des symptômes de cystite, mais il a des urines claires et c'est, en somme, de la pseudo-cystite.

La malade de notre observation VI, en même temps que des douleurs, a des besoins impérieux d'uriner, suivis à chaque fois, seulement d'une petite quantité d'urine.

Celle de l'observation VII a des douleurs dans le bas ventre en même temps que des besoins impérieux d'uriner, mais avec impossibilité de la miction.

3° *Miction douloureuse sans cystite.*

Les mictions douloureuses procurent surtout au malade une sensation de cuisson. Cette douleur est surtout liée à la difficulté de l'émission. Il se passe ici ce que nous observons chez le prostatique non infecté à la première période. Le coprostasique souffre avant d'uriner, il a des épreintes douloureuses. Ces douleurs peuvent être dues non seulement à la présence des matières fécales, mais encore à la présence de gaz dans l'intestin, et l'expulsion de ces derniers met fin à ces crises vésicales.

Le malade de notre observation III est un cas absolument typique et montre bien quelles relations étroites il peut y avoir entre les troubles urinaires et la coprostase.

B. — Difficultés de la miction.

Le malade peut avoir de la difficulté pour uriner. Nous observons ici tous les degrés de la miction difficile : le simple effort au début de la miction, l'effort soutenu pendant tout le temps qu'elle dure, le malade est obligé de pousser pour vider sa vessie. De là à la rétention d'urine, il n'y a qu'un pas et il est bien vite franchi ; elle peut être incomplète ou complète, et dès lors le malade est exposé à toutes les complications qui peuvent se produire.

La rétention d'urine est le trouble le plus fréquemment observé. Dans notre observation I^{re}, c'est un cas de rétention d'urine aiguë complète. Le malade qui fait l'objet de notre observation II eut de la rétention incomplète avec distension et infection ; la vessie remontait jusqu'à l'ombilic ; il urinait par regorgement. La coprostase durait

depuis plus d'un mois. La débâcle fécale s'opéra, en même temps le cours des urines se rétablit immédiatement après et la vessie se vidait complètement. Pour ce malade, nous ferons remarquer que c'était un prédisposé. Un an auparavant, le malade ayant pris par mégarde un lavement de sublimé à 1 p. 2.000, fit brusquement de la rétention d'urine qui dura huit jours et nécessita le cathétérisme deux fois par jour. La sensibilité du malade était donc très grande. D'autre part, c'était un syphilitique ancien, et un trouble spécifique ou para-spécifique aurait pu s'imposer pour expliquer la coexistence des troubles sphinctériens et des réservoirs ; cependant, nous pensons que l'accumulation énorme de matières dans le rectum a joué un rôle capital sur la rétention et l'infection. La débâcle fécale a été suivie de la débâcle urinaire. Il ne restait plus qu'un petit résidu insignifiant, clair, et le sondage ne fut plus nécessaire.

Le malade de l'observation III eut de la rétention incomplète qui devint complète à la suite d'un lavement. Le toucher rectal fit le diagnostic et, après l'évacuation de l'intestin, les troubles urinaires cessèrent complètement.

L'observation IV nous montre une femme enceinte de trois mois, présentant de la rétention d'urine incomplète consécutive à une rétention fécale énorme. La malade de notre observation VII fit de la rétention complète ; de même dans notre observation VIII, nous voyons une rétention complète cédant après l'évacuation d'une accumulation énorme de matières fécales dans le rectum.

*C. — Rétention avec difficulté et impossibilité
du cathétérisme.*

Nous avons pu observer ce fait chez notre malade de l'observation I^{re}, et ce n'est qu'après avoir fait plusieurs essais infructueux de cathétérisme que nous avons pu introduire dans la vessie une sonde à bécuille.

La difficulté peut aller jusqu'à l'impossibilité. Pour notre malade de l'obs. XI, ce ne fut pas seulement la sonde molle qui fut arrêtée, mais encore la bécuille montée sur mandrin bécigné, et les sondes métalliques à grande courbure. Après l'évacuation intestinale, le sondage se fit facilement avec la sonde molle.

Il n'est pas douteux que dans bien des cas de sondage difficile, la vraie cause n'est pas trouvée ; on ignore, en somme, pourquoi la sonde n'est pas passée ou est passée avec difficulté. Nous pensons que bien souvent la coprostase seule doit être incriminée.

D. — Hématurie

Nous la voyons survenir chez un coprostatique dont l'intestin, bourré de matières, amène une congestion intense dans tout son voisinage.

Chez le malade de notre obs. II, elle survint brusquement et dura pendant plusieurs jours, présentant un caractère inquiétant. Auparavant, les urines étaient infectées et évacuées à la sonde ; le malade était un constipé ancien, et le toucher rectal nous avait révélé la présence d'un bloc fécal de consistance dure.

II. — TROUBLES SEPTIQUES

Il est certain que la rétention des matières fécales est suffisante, en dehors de toute autre cause, pour provoquer une infection de la vessie, des uretères et du bassin. Pour que l'infection commence, les microbes doivent être aidés par un traumatisme, une congestion ou une rétention d'urine. Ces conditions se trouvent réalisées par la compression et la congestion de la vessie qu'occasionnent les déviations de l'utérus, les kystes de l'ovaire, les fibro-myomes utérins et surtout l'accumulation énorme de matières fécales, qui peut se produire dans les cas de coprostase, aussi bien que la stagnation de l'urine dans la vessie.

L'infection peut se présenter sous les formes cliniques les plus diverses, elle peut être locale ou générale.

La rétention d'urine une fois produite, le faux-urinaire devient un urinaire véritable, et, de ce fait, est exposé à toutes les complications possibles.

A. — *Bactériurie.*

La bactériurie est caractérisée par l'infection de l'urine sans réaction inflammatoire de l'appareil urinaire. On trouve dans l'urine fraîchement émise des bactéries en très grande quantité. L'urine est troublée, opalescente. de réaction acide, il n'y a pas d'albumine à moins qu'il n'y ait une affection du rein ou du cœur concomitante.

L'urine ne se clarifie pas par le repos, et l'opalescence

augmente. Les troubles locaux sont nuls ou presque nuls, l'odeur de l'urine est fétide.

Le malade qui fait l'objet de notre obs. IV eut des crises vésicales, les mictions étaient fréquentes, douloureuses, aussi bien le jour que la nuit ; de plus, les urines étaient fétides et troubles à l'émission. L'examen microscopique n'avait montré qu'une quantité considérable de coli-bacilles. Chez ce malade, l'appareil urinaire était normal : prostate moyenne, pas de calcul. Il eut à plusieurs reprises les mêmes crises, et ne fut guéri que lorsque la constipation opiniâtre eut cessé. On ne saurait douter de la relation manifeste qu'il y avait entre les crises vésicales bactériuriques et la coprostase.

B. — Infection locale ou générale.

L'infection peut passer le premier stade, et c'est l'infection générale qui se produit. L'état général est mauvais, la température est élevée, les urines sont troubles, purulentes.

Le malade de notre obs. II eut de la rétention incomplète avec distension et infection. Température à 39°. Ses urines devinrent normales avant que s'opérât la débâcle fécale ; mais après celle-ci, tout rentrait dans l'ordre. Il nous semble que la coprostase a joué ici un rôle capital pour aggraver les symptômes que nous présentait ce malade et mettre sa vie en danger.

De même pour notre obs. III, où les troubles urinaires se répétèrent avec l'encombrement de l'intestin et cessèrent avec son évacuation.

Où nous pûmes observer un cas absolument typique, ce fut chez le malade qui fait l'objet de notre obs. XII, et

chez qui nous vîmes de la rétention fécale associée aux troubles vésicaux

La prostate était petite et molle. Il eut des crises d'infection urinaire grave qui se répétèrent parallèlement à des crises de coprostase, et ceci à plusieurs reprises. Avec la débâcle fécale coïncidait la chute de la température. Après avoir été dans un état des plus graves pendant ses crises d'infection, le malade guérit brusquement de sa rétention et de sa constipation. Dans ce cas, si la coprostase n'a pas été cause unique des troubles urinaires, elle les a du moins aggravés et entretenus au point d'empêcher les effets du drainage vésical et de menacer l'existence du malade.

III. — TYPES CLINIQUES

Après avoir passé en revue les troubles principaux qui peuvent résulter de la coprostase, nous pouvons dégager quelques types cliniques parmi les faux urinaires coprostasiques :

A. — *Type bactériurique.* (Obs. IV.)

B. — *Type pollakiurique pouvant aussi présenter de la pseudo-cystite.* (Obs. III, V, VII.)

C. — *Type rétentionniste, comprenant les pseudo-prostatiques et les malades présentant de la difficulté ou impossibilité du cathétérisme.* (Obs. I, II, III, VI, VII, VIII, IX, XI, XII.)

D. — *Type hématurique.* (Obs. II.)

E. — *Type avec infection locale ou générale, avec fièvre.* (Obs. II, III, XII.)

Étant donnée la variété des troubles urinaires, ces maladies peuvent simuler de nombreuses affections urinaires.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Les symptômes qui nous mettent sur la voie du diagnostic sont nombreux, et nous devons les puiser à plusieurs sources. Ce sera le malade qui, nous racontant ses antécédents ou sa maladie actuelle, nous édifiera sur son compte ; ce sera, en second lieu, notre examen local, que nous devons faire le plus complet possible et qui sera pour nous le meilleur guide.

Chez un urinaire en particulier, le diagnostic est singulièrement facilité. Chez l'homme, le toucher rectal est la règle, et l'examen de la prostate doit être suivi de l'examen de l'ampoule rectale. Chez la femme également, le toucher vaginal est indispensable quand on veut examiner la vessie, et rien n'est plus simple, par la même voie, de se rendre compte de la plénitude ou de la vacuité de l'intestin.

Les différences individuelles, relativement au besoin d'aller à la selle, sont très grandes. Il suffira de mentionner que tel individu se présentera à la garde-robe seulement tous les trois ou quatre jours sans être incommodé, alors qu'une selle quotidienne le fatigue. Tel autre présente les phénomènes inverses. Il est donc nécessaire de se bien renseigner sur les habitudes de chacun quand il

s'agit des fonctions du ventre pour bien juger de l'existence d'un état pathologique.

D'autre part, la constipation peut exister chez des personnes qui ne prennent pas d'aliments ou se contentent de boissons plus ou moins alibiles. On ne saurait donc expliquer la rareté des garde-robes chez certains aliénés ou hystériques qui ne mangent presque pas, par le seul fait de leur abstinence. On a observé, du reste, des hystériques n'allant à la selle qu'à des intervalles très éloignés, quoique mangeant suffisamment.

Les renseignements fournis par le malade sont précieux, et bien souvent il fait lui-même son diagnostic, en nous disant qu'il est resté plusieurs jours sans selles. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et il est certaines circonstances où des difficultés peuvent survenir.

Dans certains cas de constipation prolongée dépassant le plus souvent dix à douze jours, les matières fécales ont atteint un état de durcissement tel, qu'elles forment dans le canal intestinal un cylindre dur et résistant. Ce bloc fécal joue le rôle de corps étranger, mais peu à peu il s'amointrit en se desséchant et il se forme alors des rigoles à sa périphérie par où s'écoulent les liquides situés au-dessus de lui, ou bien dans le centre du cylindre fécal il s'est creusé un canal. Quelquefois, le contact prolongé de ces matières durcies avec la muqueuse intestinale produit une irritation assez vive et amène une sécrétion abondante de sérosités qui procurent au malade plusieurs selles diarrhéiques par jour.

D'autres fois, toutes choses égales d'ailleurs, le malade ne présente aucune évacuation alvine et l'administration de purgatifs ne provoque que des évacuations liquides.

Tel est le cas d'un malade exposé par Teissier (1). Il en fut de même dans plusieurs cas que nous avons observés. D'autres fois, les purgatifs ne donnent aucun résultat ; nous l'avons vu se produire pour notre malade de l'observation I^{re}.

Une autre difficulté signalée par Cruveilhier (2) dans son *Traité d'Anatomie Pathologique Générale*, est la suivante : A la suite de rétention des matières fécales se produisent des incontinenes de ces mêmes matières par regorgement, tout à fait semblables à l'incontinence d'urine dans les mêmes conditions. L'intestin, rempli de matières fécales, a des contractions trop faibles pour pouvoir les expulser, ou bien l'excitation réflexe ne se produit pas par suite de l'altération des filets nerveux. Ces matières s'accumulent et sont retenues grâce à la barrière que leur oppose le sphincter anal.

Enfin, une dernière difficulté est celle que l'on rencontre dans les cas d'insuffisance des évacuations alvines. Certains sujets, en effet, peuvent avoir des selles quotidiennes et cependant être atteints de rétention des matières. Ils voient leur intestin d'une manière insuffisante et laissent toujours un résidu prêtant à la putréfaction et à l'absorption de produits septiques. La rétention incomplète des matières fécales doit être recherchée comme la rétention incomplète d'urine ; comme elle, elle est la plus insidieuse et la plus méconnue.

Nous voyons donc que, dans certains cas et pour un médecin non prévenu de ces difficultés, le diagnostic d'une

(1) Teissier. — De la constipation prolongée. *Gaz. méd. de Lyon*, 1857.

(2) Cruveilhier. — *Anatomie pathologique générale*, t. II, p. 867.

constipation peut échapper. Il n'est donc pas toujours suffisant de demander à un malade s'il a une selle quotidienne, mais il faut aussi s'informer dans quelles conditions elle s'est produite. Et pour échapper à toute cause d'erreur, il est toujours bon, nous dirons même nécessaire, de corroborer son diagnostic par un examen local du ventre et par le toucher rectal.

L'examen local pourra nous faire apprécier à la palpation le volume d'une tumeur dure située dans la profondeur de l'abdomen. Nous devons toujours penser aux tumeurs stercorales si fréquentes. Elles peuvent se déplacer et disparaître lorsque l'intestin a été vidé par des purgatifs, des lavements ou tout autre moyen.

Lorsque les matières sont simplement accumulées dans le rectum, la palpation ne saurait les révéler, et le toucher rectal ou vaginal peut seul les constater. Ces tumeurs ont été souvent la cause d'erreurs de diagnostic, et ceci, d'autant plus facilement qu'elles sont souvent accompagnées de diarrhée, comme nous l'avons mentionné plus haut. Le toucher rectal est donc le plus souvent nécessaire, nous dirons plus, il devrait être pratiqué d'une façon systématique par tout médecin ou chirurgien qui a des doutes sur le bon fonctionnement de l'intestin de son client.

« Le toucher rectal, nous dit M. H. Triboulet dans son journal *La Clinique* du 22 novembre 1907, fait reconnaître, derrière le sphincter plus ou moins lâche d'ordinaire, une ampoule parfois vide dans son segment inférieur, mais comblée, à mesure que le doigt remonte, par une masse caractéristique. Il s'agit non d'un bol, mais de nombreuses selles accumulées, condensées, modifiées, d'un amas de mélasse et d'argile, à la fois élastique et sec, composé de matières fécales, de mucus séché et de corps étrangers (pépins, débris de cellulose, etc.). »

Il arrive fréquemment que la rétention des matières

fécales amène l'emprisonnement des gaz qui donnent lieu à la tension du ventre, à du ballonnement avec coliques, et quelquefois à des douleurs atroces dont le malade ne sait préciser ni le siège, ni l'origine. La présence des gaz entraîne des contractions violentes de la vessie, la crise vésicale produite par un gaz cesse dès l'expulsion de ce dernier. Nous devons mentionner aussi que, pour ces malades, la sonde à demeure est bien souvent mal tolérée ; le malade souffre et c'est pour lui une réelle difficulté de suivre régulièrement son traitement. De plus, en dehors de ces douleurs occasionnées par les gaz, la coprostase s'accompagne de douleurs abdominales variables comme siège et comme intensité, douleurs irradiées, météorisme.

Ajoutez à cela les phénomènes généraux à un degré variable : amaigrissement, anorexie, pâleur de la face ; la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre, l'haleine est fétide ; fréquemment, on observe des troubles cutanés ; quant aux troubles psychiques, ils sont à peu près constants.

Dans un certain nombre de cas, le diagnostic sera délicat à poser. On perçoit nettement le globe vésical et la sonde ne passe pas, même la sonde molle qui se plie si facilement aux exigences d'un urèthre dévié. Nous pourrions penser à une tumeur, un néoplasme, un abcès de la prostate, une fausse route. N'oublions pas que la coprostase peut être seule en cause.

Les mictions fréquentes, douloureuses, l'hématurie, l'infection vésicale, la cystite, pourront nous entraîner bien loin, alors que tous ces symptômes tiennent à la coprostase, cause première des accidents.

Le diagnostic s'entoure encore de difficultés nouvelles si le malade est un urinaire ancien ; c'est un vrai urinaire. Chez lui, en effet, les troubles intestinaux viennent se

surajouter aux troubles urinaires, aggraver l'affection existante, entretenir certains symptômes ou en simuler d'autres.

C'est là une grave cause d'erreur de diagnostic qui pourra nous faire modifier un traitement, d'ailleurs excellent, ne nous donnant point satisfaction par la simple existence d'une constipation banale et seule en cause, que nous n'avons su dépister.

Le malade peut être aussi un faux-urinaire névropathique, glycosurique, etc. Il peut être aussi un hystérique et, de ce fait, exposé à tous les accidents aussi bien du côté de son appareil urinaire que de son tube digestif, et bien souvent, il sera très délicat de faire la part de la grande névrose et d'une autre affection. Il peut y avoir pure coïncidence, mais si une des affections peut agir comme effet, elle peut aussi être la cause et, d'autre part, elles peuvent retentir l'une sur l'autre.

En résumé, tous les symptômes doivent être analysés et l'interrogatoire, autant que l'examen du malade, doit être minutieux ; on devra toujours songer aux associations possibles et dans chaque cas particulier dégager le rôle de la coprostase.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic dépend beaucoup de la rapidité avec laquelle sera posé le diagnostic et de la justesse de ce dernier. En soi, la coprostase peut amener tant de perturbations dans les voies urinaires, peut déterminer tant de troubles, peut aggraver tant de situations que nous ne saurions en qualifier le pronostic de bénin dans tous les cas. Il suffit de se reporter au chapitre III de notre thèse pour savoir tous les méfaits que peut produire la rétention fécale, depuis la simple fréquence des mictions jusqu'à la rétention complète, l'impossibilité du cathétérisme (l'infection locale ou générale.

De plus, dans la plupart des cas, ce sont des malades âgés qui sont en cause et tel vieillard qui n'a jamais souffert d'insuffisance rénale, peut, sous l'influence d'une constipation, voir apparaître un premier accès d'urémie, et la gravité de ces accidents n'est ignorée de personne. Chez les vieillards, en effet, on n'est jamais sûr que la fonction rénale soit bien normale et, de ce fait, le pronostic est assombri.

Le pronostic est encore rendu plus grave par la ténacité de l'affection.

Dans la majorité des cas, la rétention aiguë guérit

après quelques jours de traitement, mais elle peut aussi persister pendant un mois et même davantage.

Des accidents d'abord aigus peuvent être le point de départ d'une infirmité chronique. Ces malades, le plus souvent d'un certain âge, sont affaiblis, leur vessie et leur intestin ne retrouvent pas toute leur tonicité et ce sont par la suite de vrais urinaires.

Toutefois, on ne saurait assombrir outre mesure le tableau, et toute la série d'observations que nous avons recueillies sont là pour nous montrer que dans bien des cas, tout s'achemine vers un heureux dénouement.

La malade de notre observation IV (personnelle) que nous trouvâmes dans le coma, et qui eut des crises de bactériurie, fut guérie par une simple évacuation rectale.

Pour le malade de l'observation I^{re}, il a été possible de faire le diagnostic précis de la cause de la rétention et de porter un pronostic favorable malgré le grand âge du malade ; il en fut de même pour celui de notre observation XII, chez qui l'affection urinaire fut singulièrement aggravée par une accumulation fécale considérable, qui se reproduisit plusieurs fois, au point de nous faire craindre une issue fatale.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous ne voulons pas entrer dans le traitement général de la constipation. Notre diagnostic est posé, quelle sera notre conduite ?

Nous sommes en présence d'un corps étranger formé par un amas de matières stercorales, il faut l'extraire.

Nous avons vu, dans nos différentes observations, que des purgatifs, des entéroclyses, des lavements, avaient, dans quelques cas, donné des résultats satisfaisants ; nous devons dire que le plus souvent il ne faudra pas s'attarder à ces moyens d'action indirects et c'est une intervention véritablement efficace qui devra être pratiquée.

Il nous semble qu'on ne devra pas s'arrêter davantage aux manœuvres appliquées sur différentes parties du corps, et agissant indirectement sur la fonction de la défécation : massage, application de compresses froides sur l'abdomen et tant d'autres. Si l'on s'adresse aux purgatifs, il est bien entendu que les purgatifs salins et huileux seront indiqués de préférence, car dans l'évacuation des matières fécales nous devons toujours tenir compte de la susceptibilité de l'appareil urinaire. On évitera d'employer le croton, l'aloès, l'eau-de-vie allemande ; les drastiques sont trop irritants, ont une action trop violente et

de plus congestionneraient des organes de voisinage tels que la prostate, l'utérus, ou encore les hémorroïdes, et ce seraient autant d'ennemis que nous nous serions faits, autant d'obstacles sérieux qui pourraient occasionner de graves complications.

On aura recours surtout au traitement mécanique ; nous avons parlé d'une intervention, quelle sera-t-elle ? L'instrumentation est bien simple : ce sera la curette mousse ou simplement une petite cuillère de table, le doigt servira de conducteur ou bien une petite valve du spéculum vaginal. Une fois le bloc entamé, des lavages tièdes aideront pour ramollir et nettoyer et l'on mènera l'opération à bonne fin. Mentionnons encore le lavement électrique et le lavement donné avec le vulgaire siphon d'eau de Seltz.

Mais l'instrument de choix c'est le doigt. Le gant de caoutchouc ou le simple doigt sont d'un usage si courant qu'ils sauront ici nous protéger. Avec l'index on sculpte le bloc fécal, on le fragmente, on l'incise pour ainsi dire, de droite à gauche et de haut en bas, on le désagrège ; ainsi on le rend plus abordable et sa dissociation sera plus facile.

Après cette opération, on introduit dans son centre une longue canule et l'on pousse dans le rectum un lavement d'huile de 300 et même 500 grammes. Le résultat ne se fait en général point attendre, et quelques heures après le malade expulse de lui-même toutes ses réserves.

C'est le traitement que nous avons employé bien souvent ; il nous a toujours donné d'excellents résultats.

Nous avons parlé jusqu'ici d'un bloc dur, de consistance pierreuse ; nous devons signaler aussi le bloc mou, de consistance pâteuse, qui existe quelquefois. Ce dernier sera peut-être encore plus gênant que le premier et plus

inabordable quoique ne se défendant pas. Les lavages sont la plupart du temps aussi inefficaces que les autres traitements. C'est encore le doigt qui fera tout le travail. Dans les deux cas, la marche à suivre avec l'index travailleur est la même ; c'est un véritable accouchement rectal que nous avons à faire et le chemin que nous ferons suivre aux masses que nous extrayons du rectum, nous sera indiqué par le fœtus qui, sortant de la filière pelvi-génitale, vient se caler sous la symphyse et sort par la voie la plus courte ; comme lui, nous viendrons demander son point d'appui à la symphyse et notre doigt, agissant de haut en bas et par un mouvement de circumduction, montrera toujours sa face palmaire regardant en haut quand il viendra amener au jour un peu de ce bloc fécal qui a pu être l'auteur de tant de méfaits.

Nous n'oublierons pas que la fragmentation du bloc est très douloureuse pour le malade, et nous ferions plusieurs séances de toucher si la chose était nécessaire.

Cependant, il vaut mieux ne faire qu'un seul toucher rectal, et pour cela bien le préparer. Triboulet recommande le massage préalable du sphincter avec du cold-cream. Bien souvent, une masse copieuse de vaseline nous a suffi.

Nous avons parlé de purgatifs et autres moyens, puis de la fragmentation du bloc fécal. Ces deux traitements doivent se prêter un mutuel appui, séparément ils seraient impuissants. Si le second mode de traitement peut suffire quelquefois, grâce au grand lavement d'huile administré, le plus souvent on aura intérêt à les associer, mais le purgatif ne devra être donné que lorsque la masse rectale aura été divisée ; sinon, tous les purgatifs et tous les lavages resteront inefficaces dans la majorité des cas.

Après avoir débarrassé le malade de son corps étranger rectal, nous installerons un traitement général pouvant assurer la liberté intestinale. Sans doute, la constipation habituelle invétérée est un des traitements les plus difficiles de la pratique médicale chez l'adulte. Il est peut-être encore plus délicat chez le vieillard ; cependant, si on ne peut espérer une guérison, du moins, par une surveillance attentive, on peut éviter les surprises d'une coprostase et son retentissement fâcheux sur les voies urinaires. Trousseau (1) et Dujardin-Beaumetz (2) déclarent qu'une bonne hygiène, soit alimentaire, soit corporelle, et que la « volonté et une volonté patiente et régulièrement appliquée, triomphe le plus souvent de cette infirmité ».

Contre les toxines de l'intestin, nous n'oublierons pas que nous avons un moyen pour lutter avec l'antisepsie intestinale dont Bouchard (3) est le principal promoteur, et le benzo-naphtol sera notre médicament de choix.

Mais en traitant la constipation, nous devons traiter les troubles urinaires. Si nous avons affaire à une rétention, nous devons vider la vessie d'une façon aseptique, sonder le malade autant que le nécessiteront les circonstances, faire des lavages si la vessie est infectée. Nous emploierons ici tous les antiseptiques que nous possédons : permanganate de potasse, nitrate d'argent, protargol, etc. A l'intérieur, ce sont aussi les antiseptiques que nous prescrirons et l'urotropine à la dose de 2 grammes par jour en deux cachets sera pour nous un médica-

(1) Trousseau. — Clinique médicale de l'U. D. Paris, 1873. De la constipation, t. 3, p. 191.

(2) Dujardin-Beaumetz. — De la prophylaxie par l'alimentation. Bull. gén. de Thérapeutique, 1889.

(3) Bouchard. — Leçons sur les auto-intoxications.

ment précieux grâce à son action diurétique, à son action directe sur l'acide urique et ses sels, sur les micro-organismes de la fermentation ammoniacale et le *bactérium-coli* dont elle empêche le développement dans l'urine.

En résumé, nous devons assurer la vacuité et l'antisepsie de la vessie autant que celles du rectum et le faux-urinaire doit être traité comme un véritable urinaire.

CONCLUSIONS

I. — La coprostase peut déterminer des troubles profonds dans le fonctionnement de l'appareil urinaire.

Certaines prédispositions jouent un rôle important : sénilité, névropathie, état hémorroïdaire, état gravidique.

II. — Les maladies des voies urinaires peuvent déterminer de l'atonie intestinale et des accidents de coprostase pouvant aller jusqu'à l'occlusion intestinale.

III. — La coprostase peut déterminer primitivement les troubles urinaires les plus variés.

Elle peut simuler ou même provoquer les diverses complications des maladies des voies urinaires.

A. — Troubles directs :

1° Fréquence des mictions.

2° Miction impérieuse.

3° Miction douloureuse sans cystite.

4° Difficultés de la miction.

5° Rétention avec difficulté ou impossibilité du cathétérisme.

6° Hématurie.

B. — Troubles septiques :

1° Bactériurie.

2° Infection locale ou générale (cystite, prostatite, orchite, pyélo-néphrite, infection urinaire).

IV. — La coprostase peut aggraver les affections urinaires déjà existantes.

V. — La coprostase peut entraîner de graves erreurs de diagnostic et de pronostic dans les maladies des voies urinaires.

Dans l'examen des urinaires, il faut donc toujours penser aux faux-urinaires coprostasiques et tenir compte également de l'action de la coprostase chez les vrais urinaires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Résumée, Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Escat.

Rétention d'urine aiguë par coprostase.

B..., vieillard de 87 ans, soigné par le docteur Gordes. En octobre 1907, M. Escat est appelé pour une rétention d'urine avec difficulté du cathétérisme, durant depuis 24 heures. Ces accidents urinaires se sont produits brusquement à la suite d'un purgatif qui est resté sans effet apparent sur l'intestin. Jusque-là, le malade avait toujours bien uriné.

Une sonde à bécuille est introduite dans la vessie ; elle ramène 1.200 grammes d'urine très foncée. Le toucher rectal montre une prostate très petite, scléreuse, dure ; en revanche, le rectum est occupé par un énorme bouchon fécal. Il ne paraît pas douteux que ce corps étranger amené là brusquement par le purgatif a entraîné la rétention d'urine.

On fragmente le bloc avec un doigt ganté ; grand lavage.

L'évacuation du bloc fécal a été suivie presque immédiatement de la disparition des troubles urinaires. Le sondage a été nécessaire pendant quelques jours.

Dans ce cas, il a été possible de faire le diagnostic précis de la cause de la rétention et de porter un pronostic favorable, malgré le grand âge du malade.

Sept mois après, le malade allait très bien.

OBSERVATION II

(Résumée, Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Escat.

Syphilis cérébrale. Coprostase complète et troubles urinaires depuis un mois. Rétention incomplète avec distension, infection, hématurie. Guérison de la rétention après la débâcle fécale.

En octobre 1905, je vois avec mon confrère le docteur Bidon, médecin des hôpitaux, M. L..., âgé de 42 ans.

Depuis deux mois, ce malade est en pleine évolution de syphilis cérébrale. Idées de grandeur, de mélancolie, de suicide, mutisme, refus des aliments, etc. Ayant déjà soigné le malade pour quelques troubles urinaires, je suis appelé cette fois parce qu'il perd les urines.

M. L..., qui était neurasthénique depuis sa syphilis et toujours hanté par la crainte de devenir tabétique, était venu se faire sonder plusieurs fois chez moi, et j'avais toujours constaté que sa vessie se vidait bien.

Un an auparavant, par suite d'une distraction, il prit un lavement de sublimé à 1 p. 2.000, une rétention d'urine se produisit ; elle dura huit jours et nécessita le cathétérisme deux fois par jour pendant cette période. Tout était rentré dans l'ordre jusqu'aux accidents actuels.

Actuellement, je trouve le malade couché avec une température de 39°, la vessie est distendue jusqu'à l'ombilic et il urine par regorgement.

Les antécédents du malade et le symptôme présent de

syphilis cérébrale ne pouvaient faire penser qu'à une paralysie vésicale. Le malade avait en même temps une constipation opiniâtre résistant à tous les purgatifs et lavements depuis plusieurs semaines.

Le toucher rectal montrait un énorme bloc fécal de consistance dure. J'évacuai la vessie, les urines étaient troubles. Je fis un lavage au protargol. Mon collègue Bidon fit une ordonnance de purgatifs et de lavements sans succès.

Le malade finit par refuser purgatifs et lavements, acceptant le sondage avec les plus grandes difficultés. Il continua à s'alimenter légèrement, puis refusa toute nourriture, et se contenta de boire de l'eau. Nous nous attendions à des accidents graves.

Brusquement, les urines devinrent hématuriques. Pendant trois jours, l'hémorragie présenta un caractère grave, inquiétant. Je me contentai de vider la vessie et d'assurer l'évacuation des caillots. Peu à peu, les urines devinrent normales. L'état général baissait progressivement et, malgré l'extrême résistance du sujet, je le croyais bien perdu, lorsque, brusquement, le malade accepte un purgatif et le lendemain la débâcle fécale s'opère. Il y avait plus d'un mois que la coprostase complète, absolue, durait. Or, en même temps que la débâcle fécale, le cours des urines se rétablit immédiatement après et la vessie se vide complètement.

Certes, l'idée d'un trouble médullaire spécifique ou para-spécifique semblait s'imposer ici et expliquer la coexistence des troubles sphinctériens et des réservoirs. Cependant, tout en admettant l'état de *minoris resistentiæ* de l'appareil urinaire, prouvé déjà par une crise de rétention antérieure, nous pensons que l'accumulation

formidable de matières a joué ici un rôle capital sur la rétention, l'infection et l'hématurie.

La débâcle fécale a été suivie de la débâcle urinaire ; il ne restait qu'un petit résidu insignifiant, clair et le sondage ne fut plus nécessaire.

Le malade ayant été interné dans une maison de santé, je l'ai perdu de vue pendant un an. Mais je fus rappelé, cette fois pour de l'incontinence d'urine avec petite rétention incomplète et infection.

Il finit par succomber des suites d'une pneumonie.

OBSERVATION III

(Résumée, inédite.

Due à l'obligeance de M. le docteur Escat

Pseudo-prostatisme (fréquence, douleur, rétention, infection urinaire)
dû à la coprostase

Vieillard âgé de 73 ans, me fait appeler en février 1907 pour des troubles vésicaux. Ce malade a eu une hématurie il y a six ans, sans cause précise. On lui a annoncé qu'il deviendrait prostatique et serait obligé de se sonder. Il est poursuivi par cette pensée. Actuellement, il est soigné par mon confrère, le docteur Trastour, pour des troubles cardiaques graves ; il est asystolique, avec foyer d'apoplexie pulmonaire et suit le traitement digitalique.

Brusquement, il a été pris de fréquence douloureuse des mictions et de gêne pour uriner. Je constate cependant un bas-ventre souple, une prostate forte mais molle et une vessie vide. Le cathétérisme n'évacue rien. Je remarque que le gros intestin est encombré de matières.

Le lendemain, je suis rappelé. Il y a cette fois de la rétention incomplète, le sondage devient nécessaire deux

et trois fois par jour ; l'urine est extrêmement foncée, urobilinurique. Le cathétérisme est facile. Depuis la veille, le malade n'est pas allé à la selle et le petit lavement de laudanum et d'antipyrine que je lui ai donné a calmé les douleurs, mais la rétention est demeurée effective depuis ce lavement.

Je pratique le toucher rectal de nouveau et l'accumulation de matières fécales dans l'ampoule me paraît être la cause des accidents urinaires. Je fragmente avec le doigt un énorme bouchon et je fais pratiquer un grand lavage d'intestin. La débâcle fécale est suivie immédiatement de la cessation des troubles urinaires. Mais au bout de quelques jours, tout recommence. Le cathétérisme devient nécessaire, les urines s'infectent, je suis rappelé. Je trouve un énorme bouchon, bien que le malade soit allé régulièrement à la selle tous les jours. La fragmentation et l'évacuation de cette masse fécale fait rapidement cesser les troubles urinaires. Le cathétérisme n'est plus nécessaire au bout de quelques jours.

Les relations de la coprostase et des troubles urinaires m'ont paru typiques chez ce malade. Evidemment, il s'agissait d'un vieillard cardiaque, prédisposé, candidat au prostatisme et qui avait eu, depuis longtemps, des troubles urinaires de nature obscure ; il avait eu de l'hématurie, de la rétention et de la fréquence des mictions. Je suis convaincu que tous ces accidents étaient dus à la coprostase méconnue. J'ai pu personnellement me rendre compte de ce fait en suivant régulièrement le malade et en constatant, par des examens répétés, les relations qui existaient entre les désordres urinaires et l'accumulation de matières dans le rectum. Le malade a succombé plusieurs mois après asystolique, et la surveillance des selles a suffi pour que les troubles urinaires n'aient plus

nécessité que de rares sondages. Les petites rétentions incomplètes, habituellement si fixes chez les vrais prostatiques, disparaissaient ou se reproduisaient brusquement chez lui, comme la cause intermittente et irrégulière qui les produisait.

OBSERVATION IV

(Résumée, Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Escal.

Crises vésicales bactériuriques de cause inconnue. Rôle pathogène de la coprostase.

P..., 78 ans, sans antécédents urinaires, vient me consulter en juillet 1900 pour des crises vésicales, cuisson en urinant, fréquence diurne et nocturne, les urines sont fétides et troubles à l'émission. L'examen microscopique montre une quantité considérable de colibacilles. L'appareil urinaire est normal, la prostate moyenne, il n'y a pas de calcul. La vessie se vide ; l'urotropine et les lavages sans sonde rétablissent l'état normal.

Rechute sans cause appréciable ; guérison par le même traitement. Le malade se plaignait d'une constipation opiniâtre ; on avait même été obligé une première fois de lui enlever un bouchon fécal du rectum. Il avait également des troubles digestifs. Je ne vis là, sur le moment, qu'une cause prédisposante des troubles urinaires, mais, ayant perdu de vue le malade pendant deux ans, je suis rappelé à cette époque pour une nouvelle crise vésicale plus violente. Le malade avait essayé, sans succès, de se laver ; il eut même un frisson intense et, en arrivant, je le trouvais dans le coma. De nouveau, je constatai la fétidité des urines, mais, en pratiquant le toucher rectal, je constatai une accumulation énorme de

matières. Le malade étant revenu à lui, je procédai à la fragmentation du bloc fécal, ce qui fut très pénible pour le malade. Des lavages d'huile et l'entéroclyse achevèrent la débâcle. Les troubles urinaires cessent ; quelques mois après, nouvelle rechute d'infection urinaire, nouvelle accumulation de matières fécales traitées de la même façon et suivie des mêmes résultats.

Le malade est mort à 82 ans, de cachexie sénile.

OBSERVATION V

(Résumée, inédite.)

Due à l'obligeance de M. le docteur Rouslacroix, chef de clinique médicale à l'école de médecine de Marseille

Douleurs vésicales, mictions fréquentes, non douloureuses
dues à la coprostase

Mme D..., âgée de 51 ans. Femme assez vigoureuse, mais asthmatique et emphysémateuse depuis sept à huit ans. Constipée d'habitude, elle ne vient à la selle que par des lavements ou des laxatifs.

Elle me fait appeler le 7 mars 1908 pour de violentes douleurs dans le bas-ventre. Sa période menstruelle vient de se terminer le 6 mars. Les douleurs occupent tout le petit bassin avec irradiations dans les deux fosses iliaques. Elles présentent des exacerbations avec envie d'uriner. Les mictions, par elles-mêmes, ne sont pas douloureuses, mais fréquentes et peu abondantes.

A la palpation abdominale, on ne décèle pas de point douloureux bien net ; le ventre est légèrement météorisé. A l'examen vaginal, le bas-fond de la vessie est légèrement douloureux ; on est frappé par la présence de scybales dans le rectum, sensation d'un véritable boudin

rectal. Cette femme n'est pas venue du corps depuis quatre jours ; la langue est blanche ; température 38°5.

Traitement : purgation huile de ricin, 30 grammes ; cataplasmes émollients ; lait.

Le 9 mars, la purgation prise la veille a amené surtout des matières liquides. Les douleurs vésicales persistent. De plus, la malade éprouve une sensation de pesanteur à l'anus. Le toucher rectal me montre alors le corps du délit, volumineux coprolithe, dur, paraissant enclavé en arrière.

Traitement : lavements huileux tièdes. Je conseille aussi de se débarrasser par tous les moyens possibles, avec les doigts, le manche d'une petite cuillère, etc.

Le 11 mars, aidée dans cette besogne par sa fille, la malade a réussi à se débarrasser ; elle a retiré une masse de matières argileuses compactes. Comme par enchantement, les douleurs vésicales ont disparu.

OBSERVATION VI

(Résumée)

A. Hergott. Soc. obstétr. de France, 8 avril 1899

Mictions impérieuses, rétention incomplète produite par la coprostase

Femme de 37 ans, ayant eu ses dernières règles le 4 janvier. Bien portante jusqu'au 13 avril, où elle éprouve pour la première fois de violentes douleurs dans le bas-ventre. Deux selles ce même jour. Le 16 avril, après une prise d'huile de ricin, plusieurs selles abondantes. En même temps que les douleurs, besoins impérieux d'uriner, et suivis à chaque fois seulement d'une petite quantité d'urine. L'abdomen est volumineux comme au terme de

la gestation. Le confrère qui la voit l'adresse à Hergott « en vue d'une intervention opératoire, sans diagnostic ferme, mais appréhendant une grossesse tubaire avec ses tristes conséquences, si on laisse les choses en cet état ». La malade, examinée le 22 avril, présente : une tumeur rénitente avec légère sensation de flot remontant à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On procède immédiatement à l'évacuation vésicale lente : 4.430 centimètres cubes. Tumeur et douleur disparaissent. On trouve alors une autre tumeur située légèrement à droite, correspondant bien au volume d'un utérus de trois mois, un peu au-dessus du rebord du bassin, c'est-à-dire sans incarceration d'un utérus gravide dans la cavité pelvienne ; donc la rétention d'urine a une autre cause.

Le toucher vaginal est difficile, car le doigt est serré au niveau de l'orifice vulvaire et dans le vagin. La paroi postérieure de celui-ci fait une forte saillie en avant, tendue, dure, arrondie et irrégulière. On proscrit alors et on donne successivement trois lavements purgatifs, Formidable débâcle dans la soirée, qui se renouvelle pendant la nuit. La malade remplit huit vases de nuit ! Dans le cours de cette même journée, deuxième cathétérisme, car la vessie n'a pas retrouvé sa tonicité : 2.250 centimètres cubes. Troisième cathétérisme dans le cours de la nuit : 1.700 centimètres cubes.

A partir de ce moment, la miction se fait spontanément ; de trois heures du matin à sept heures, la malade émet 1.700 centimètres cubes. Le lendemain, 23, femme transformée, ne souffrant plus, ventre normal et souple. La guérison est dès lors complète.

Le 4 octobre, accouchement à terme. En somme, l'utérus, augmenté de volume par la grossesse, avait comprimé le rectum et augmenté mécaniquement la constipation.

La partie inférieure du tube digestif s'encombrant de matières fécales, a refoulé l'utérus en avant et, par ce fait, la miction est devenue de plus en plus difficile jusqu'à une rétention énorme, comme cela s'observe par un mécanisme analogue, lorsque l'utérus gravide est en rétro-flexion.

OBSERVATION VII

(Résumée)

(Communiquée par Oulmont, *Gaz. des Hôpitaux*, 21 nov. 1907).

Miction impérieuse, impossibilité d'une miction, rétention d'urine dues à la coprostase.

Femme de 73 ans, ancienne hémorroïdaire et ancienne lithiasique rénale, en apparence très bien portante, quoique atteinte de constipation depuis de nombreuses années, mais allant à la selle tous les jours, soit à l'aide de lavements, soit surtout à l'aide de laxatifs, et spécialement de tamarin.

Un jour, sans cause apparente, elle est prise assez subitement de douleurs dans le bas-ventre, en même temps que de besoins impérieux d'uriner, mais avec impossibilité de la miction. M. Oulmont, appelé dès le matin, trouve une forte saillie globuleuse dans la région sus-pubienne, simulant une grossesse arrivée au sixième mois. Il diagnostique facilement une rétention d'urine. Par le cathétérisme pratiqué immédiatement, il s'écoule plus de deux litres d'urine. La malade ressent aussitôt un grand soulagement. Pensant à une compression due à une tumeur latente jusqu'alors, M. Oulmont essaie de pratiquer, après évacuation vésicale, le toucher vaginal ; celui-ci est presque impossible, car les deux parois antérieure et postérieure du vagin sont fortement accolées l'une contre

l'autre et le doigt est vite arrêté. Le toucher rectal révèle bientôt une énorme accumulation de matières fécales dans l'ampoule rectale.

Un chirurgien, mandé, pratique alors l'évacuation du rectum et de la partie terminale du côlon, avec le doigt, la main et la curette, en projetant de temps en temps un jet d'eau bouillie tiède, pour ramollir et désagréger les scybales.

Cette évacuation donne plus de deux grands vases de nuit de matières fécales, dont certaines ont une consistance pétreuse. Le soir du même jour, la malade n'éprouve pas le besoin d'uriner ; deuxième cathétérisme : 800 centimètres cubes. Le lendemain matin, troisième cathétérisme : 500 centimètres cubes.

A partir de ce moment, les mictions redeviennent normales ; la plus grande attention a été portée, depuis cet incident sur les fonctions de l'intestin ; la constipation ne s'est jamais reproduite comme précédemment, et aucune lésion organique intestinale, ni abdominale, n'a été constatée depuis un an. La santé de la malade est excellente actuellement.

OBSERVATION VIII

(Résumée)

Hirtz et Beaufumé. Gazette des Hôpitaux, 21 novembre 1907.

Rétention d'urine par coprostase

Homme de 78 ans, de prostate moyenne, n'ayant jamais nécessité de sondage, non rétréci, lithiasique rénal, porteur d'un calcul vésical mobile diagnostiqué depuis longtemps mais qu'il n'a jamais voulu laisser enlever. Atteint de constipation depuis de longues années, mais al-

lant néanmoins à peu près régulièrement chaque jour à la garde-robe. Un matin, sans cause apparente, impossibilité absolue d'uriner, avec douleurs violentes dans le bas-ventre, irradiées à la région lombaire et dans le haut des cuisses. Un médecin voisin du malade est mandé aussitôt ; il constate un ventre très ballonné avec un globe vésical sus-pubien volumineux ; il sonde immédiatement le malade avec une sonde molle ordinaire ; la sonde pénètre très facilement jusque dans la cavité vésicale et ne rencontre aucun obstacle sur le trajet de l'urèthre, ni au niveau du col vésical : deux litres d'urine environ.

Le soir du même jour, la rétention d'urine persiste ; deuxième cathétérisme : 800 cent. cubes. Le lendemain matin, troisième cathétérisme : 600 cent. cubes.

M. Hirtz, médecin habituel du malade, est d'avis que le calcul n'explique pas suffisamment cette rétention persistante, car la sonde ne le rencontre pas. Il pratique le toucher rectal et trouve l'ampoule rectale remplie au maximum de matières dures comme de la pierre et qu'il est presque impossible d'entamer avec le doigt. Le rectum et le côlon sont aussitôt vidés avec le doigt, la curette et les lavages. Il se produit ainsi une débâcle extraordinaire de matières fécales très dures qui remplissent un seau.

Le soir du même jour, quatrième cathétérisme : 500 grammes. A partir de ce moment, les mictions redeviennent normales.

Le professeur Guyon, appelé en consultation, a partagé en tous points l'opinion de M. Hirtz : pour lui, le calcul vésical n'expliquait pas la rétention d'urine qu'il mit également sur le compte de l'énorme coprostase.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis deux ans et demi, le malade, toujours porteur de son calcul vésical, a toujours eu des mictions régulières ; la constipation a été traitée

d'une façon très suivie et le malade est demeuré en bonne santé.

OBSERVATION IX

(Résumée)

H. Triboulet. — *La Clinique*, 14 février 1908.

Pseudo-occlusion intestinale, symptomatique d'une rétention d'urine subaiguë.

Un homme robuste de 75 ans, à passé urinaire récent, peu bruyant et sujet à la constipation habituelle, est pris, en villégiature d'été, d'accidents aigus survenus sous la forme suivante : constipation depuis deux, trois et même quatre jours, d'où malaise, anorexie, état nauséux, langue très chargée, haleine fétide, pouls tendu, vibrant, fièvre à 38°5-39°, et ballonnement tympanique du ventre. Malgré régime, malgré lavements et timides laxatifs, la constipation ne cède pas. Deux médecins consultés pensent à une obstruction intestinale, et l'un d'eux parle de lavement électrique, l'autre d'une intervention possible. La famille, prise de peur, décide le retour à Paris.

Il est utile de faire remarquer que pendant ce temps, la fonction urinaire n'avait pas attiré spécialement l'attention ; le malade urinait tant bien que mal, spontanément ou à la sonde ; l'urine était sans modification spéciale appréciable ni à la miction, ni recueillie dans le bocal.

A l'arrivée à Paris, le malade, dans le même état de ballonnement abdominal, ne rejetait, au lavage de l'intestin, que des débris de matières insignifiantes et, n'avait été l'émission facile d'un grand nombre de gaz, le diagnostic d'occlusion aurait pu s'imposer. Toutefois, avec le tympanisme vraiment très accentué coïncidait une subma-

tité médiane en rapport avec une rétention d'urine évacuable à plus d'une litre et demi, et à la suite de l'évacuation immédiate et d'un traitement de précaution maintenu quelques jours, les accidents intestinaux cédèrent assez rapidement, en même temps que l'état général se transformait.

Il s'agit ici d'une pseudo-occlusion intestinale, symptomatique d'une rétention d'urine subaiguë.

OBSERVATION X

(Résumée)

H. Triboulet. — *La Clinique*, 14 février 1908.

Manifestations intestinales graves consécutives à des troubles urinaires.

Un exemple analogue concerne un homme de 60 ans, observé également par un de nos maîtres, malade qui à ses désordres d'obstruction intestinale adjoignait la malchance de porter une pointe de hernie inguinale.

Peu s'en fallût que l'entourage médico-familial du malade ne contraignît le chirurgien à l'opération de cet *étranglement herniaire* !

Heureusement, celui-ci, fort au courant des désordres complexes que nous venons d'envisager, sut imposer suffisamment son diagnostic de manifestations intestinales graves consécutives à des troubles urinaires, et guérir par quelques jours de sonde à demeure une occlusion intestinale que le bistouri eût rapidement terminée !

OBSERVATION XI

(Résumée, inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Escat

Hypertrophie de la prostate. Rétention chronique. Impossibilité du cathétérisme par suite d'un amas de matières fécales dans le rectum

En mars 1901, M. D..., 70 ans, prostatique rétentionniste, m'est adressé par le docteur Bazy, de Paris. A ce moment, le malade ne présente rien de particulier du côté de l'intestin. Je règle les sondages, trois fois par jour. Ils sont faciles et exécutés par le malade au moyen d'une sonde molle. Je fais faire des lavages quotidiens boriqués et nitratés. Pendant quelques mois, je perds de vue le malade. Je suis rappelé un jour parce que la sonde ne passe plus. Le malade n'avait usé que d'une sonde molle et n'avait pu se faire de fausse route. Je pense que la sonde s'est ramollie et j'en prends une neuve, mais je ne puis la faire pénétrer dans la vessie, elle s'arrête au niveau de la prostate. Une sonde à béquille n'a pas plus de succès ; j'essaie successivement plusieurs sondes. Mais ni la béquille montée sur mandrin béniqué, ni les sondes métalliques à grande courbure, ne peuvent franchir le col. Je pratique alors une nouvelle exploration rectale et mon doigt tombe immédiatement sur un bouchon fécal d'une dureté extrême. Je le fragmente avec le doigt et je fais pratiquer de grands lavages intestinaux qui amènent la débâcle d'une quantité considérable de fèces. Immédiatement après, le sondage avec la sonde molle est devenu facile. Le même accident s'est reproduit à trois intervalles successifs et a eu la même évolution. Le malade, sur ces entrefaites, présente des troubles cérébraux, du délire,

peu à peu tous les signes de la folie brightique et il succombe.

OBSERVATION XII

(Résumée, inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Escal

Rétention d'urine aiguë chez un vieillard de 66 ans avec petite prostate molle. Rétention fécale associée aux troubles vésicaux. Infection urinaire grave. Crises de coprostase et crises d'infection parallèles.

H. G..., 66 ans, entre le 18 février 1908 à la clinique des voies urinaires à l'Hôtel-Dieu, salle Moulaud, envoyé par le docteur Battini.

Pas d'antécédents vénériens, ni syphilis, ni blennorragie. En 1872, a eu une crise d'occlusion intestinale qui a duré une quinzaine de jours. Depuis le 1^{er} janvier, constipation rebelle ; depuis le 15, rétention d'urine survenue brusquement. Il y a eu des causes congestives : repas de coquillages et probablement efforts de coït ; jusqu'au 26 janvier, il pouvait encore uriner quelques gouttes.

Le 1^{er} février, la rétention est complète et exige le cathétérisme. La constipation devient alors opiniâtre. Le malade n'est pas allé à la selle depuis huit jours lorsqu'il vient à l'hôpital. On constate une petite prostate molle. Il est alors en pleine infection urinaire, a 40° de température, avec un point de broncho-pneumonie à la base droite, la langue est sèche. Je place la sonde à demeure et je fais donner un purgatif énergique. Six jours après seulement, débâcle fécale et chute de la température.

Depuis cette époque, à trois reprises différentes, mêmes accidents graves. Dès que le malade est revenu à la normale, il s'alimente, la constipation persiste, une forte accumulation de fèces encombre le rectum et les urines

deviennent sales, la fièvre monte à 39°. La sonde à demeure ramène le calme, mais la chute de la température ne devient fixe que lorsque le fonctionnement rectal est régulier.

Après avoir été dans un état des plus graves, pendant ses crises d'infection, le malade guérit brusquement de sa rétention et de sa constipation ; il quitte l'Hôtel-Dieu le 25 avril.

Dans ce cas, si la coprostase n'a pas été la cause unique des accidents urinaires, elle les a du moins aggravés et entretenus, au point d'empêcher les effets du drainage vésical et de menacer l'existence du malade.

OBSERVATION XIII

(Résumée)

H. Triboulet. — *La Clinique*, 23 avril 1907.

Pseudo-néoplasme rectal (coprostase).

Une dame ayant passé la soixantaine se plaint de ténésme rectal avec constipation, et ces symptômes ne cèdent à aucune médication rationnelle. Elle rejette uniquement depuis trois à quatre jours un peu de mucus sanguinolent. Cette dame, fort nerveuse, souffre de constipation très opiniâtre depuis plusieurs semaines, et absolue depuis les derniers jours. Elle est pâle, un peu jaune, elle se cachectise (comme la cachexie urinaire, la cachexie stercorale est souvent très rapide) ; derrière un sphincter à peine hémorrhoidal, le jeune confrère devine trop volontiers un terrible néoplasme, et déclare au mari « qu'il n'y a rien à faire pour lui, médecin ; que le cas est chirurgical » !

Le toucher rectal, suivi de l'évacuation du bloc fécal, furent la guérison.

OBSERVATION XIV

(Résumée)

Hirtz. — Gazette des Hôpitaux, 1906, p. 939.

Pseudo-néoplasme, (coprostase).

Il y a quelques années, je fus appelé auprès d'une vieille dame de 80 ans, qui avait absolument l'aspect d'une cancéreuse : amaigrissement considérable, anémie profonde avec teinte jaunâtre, anorexie absolue.

Le médecin qui la soignait la considérait comme atteinte d'un cancer latent de l'estomac. Frappé par la fétidité de l'haleine et l'état saburral de la langue, je pratiquai aussitôt le toucher rectal, qui, je le dis en passant, est trop rarement pratiqué par nombre de médecins, je n'eus pas de peine à constater un rectum bourré de matières presque dures comme de la pierre. Un purgatif huileux et quelques lavages intestinaux amenèrent une débâcle de scybales comme jamais je n'en ai vu de semblables ; il est inutile de vous dire aussi que je fus obligé d'aider avec le doigt à l'évacuation de l'ampoule rectale.

BIBLIOGRAPHIE

1857. TEISSIER. — De la constipation prolongée. Gaz. méd. Lyon 1857.
- 1869 MARTINEAU. — Dictionnaire Jaccoud, article « Constipation ». 1869.
- 1873 TROUSSEAU. — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1873. De la constipation. Tome 3, p. 191.
- 1884 BOUCHARD. — Toxicité des matières fécales. Gazette hebdomadaire, 1884.
- 1885 LEGENDRE. — Les Toxhémies par absorption et résorption des poisons putrides. Union Médicale, 1885.
- 1887 BOUCHARD. — Leçon sur les auto-intoxications. Paris, 1887.
- BERNE. — Traitement de la constipation par le massage abdominal. Thèse Paris, 1887.
- 1888 DUJARDIN-BEAUMETZ. — Clinique Thérapeutique. Paris, 1888. 5^e édition, tome I.
- 1889 DUJARDIN-BEAUMETZ. — De la prophylaxie par l'alimentation. Bull. gén. de Thérapeutique, 1889.
- VILLEMIN. — Dictionnaire Dechambre. Art. « Constipation. Matières stercorales. »
- 1890 FEGAT. — De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. Thèse Lyon, 1890.

- 1893 STROMP. — Recherches sur la constipation chez le vieillard. Thèse Nancy, 1893. N° 348.
- REYMOND. — Des cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois. Annales des organes génito-urinaires, 1893.
- 1894 A. KRAGIUS (d'Helsingfors). — Bactériurie. Annales des maladies des organes génito-urinaires, mars 1894.
- 1897 GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 1897. Table analytique des matières, articles : Bactériurie, t. I, p. 344 ; t. II, p. 25, 32. Constipation, t. II, p. 213 ; t. I., p. 507. Faux-urinaires, t. I., p. 24, 30, 53, 38, 34, 51, 115, 232, 261, 266.
- 1902 MALIN. — Stase intestinale hystérique. Thèse Paris, 1902. N° 269.
- BOUCHET. — Contribution à l'étude clinique des accidents dus à la constipation pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Thèse Paris, 1902. N° 313.
- DELHERM. — Traitement par l'électricité de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse. Thèse Paris, 1902. N° 370.
- 1903 NOGUÈS. — Prostatite d'origine intestinale. Bull. de l'Ass. Française d'urologie, 1903, p. 480.
- 1904 HERNU. — Contribution à l'étude de la constipation dans les suites de couches. Thèse Lille, 1904, N° 38.
- 1905 BROUARDEL et GILBERT. Paul CARNOT. — Maladies microbiennes en général. Auto-infections intestinales, p. 58.
- 1906 HIRTZ. — Coprostase et stercorémie. Gaz. des Hôp., Paris, 1906, p. 939.

- 1907 René GAULTIER. — Coprologie clinique. Paris, Bail-
lière, 1907.
- HIRTZ et BEAUFUMÉ. — La rétention d'urine par co-
prostase. Gaz. des Hôpitaux, 21 novembre 1907. N°
133, p. 1587.
- TRIBOULET. — « La Clinique », 23 nov. 1907. A pro-
pos de certaines formes de « rétention fécale ».
- 1908 TRIBOULET. — « La Clinique », 14 février 1908, page
104. Atonie intestinale et désordres urinaires chez
certains sujets âgés.
-

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 23 mai 1908.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 23 mai 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pagés
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	10
CHAPITRE II. — Rapports généraux de la coprostase et des troubles urinaires.....	13
CHAPITRE III. — Etude clinique des troubles urinaires consé- cutifs à la coprostase.....	16
CHAPITRE IV. — Diagnostic.....	24
CHAPITRE V. — Pronostic.....	30
CHAPITRE VI. — Traitement.....	32
CONCLUSIONS.....	37
OBSERVATIONS.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	57

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
